

Jméno	Příjmení	Číslo pojištěnce	Pojišťovna
Adresa		Datum a čas odběru	Odebral
Telefon		Email	

**Požaduji vyšetření IgG a IgM protilátek proti novému koronaviru SARS-COV-2. Cena 550,00 Kč. Doklad o zaplacení (výtisk z internetového bankovníctví či jiný doklad) bude přiložen k této žádance.**

.....  
datum a podpis pacienta

**Nepovinný dotazník k odběru, který usnadní klinickou interpretaci laboratorního nálezu** (vyplní pacient před odběrem)

Byl/-a jste v uplynulém období pozitivně testován na nový koronavirus?	ano	ne
Byl/-a jste v uplynulém období v karanténě kvůli novému koronaviru?	ano	ne
Jste pendler (dojíždíte do zahraničí za prací)?	ano	ne
Víte o tom, že jste byl v kontaktu s osobou pozitivně testovanou na COVID-19?	ano	ne
Měl jste od počátku roku 2020 příznaky onemocnění dýchacích cest?	ano	ne
Pokud ano, specifikujte jaké:		